

(別紙様式2)

麻薬小売業者間譲渡許可書

関厚発第1115999号

申請のあった麻薬小売業者間譲渡を、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第24条11項の規定により、申請のとおり許可する。

平成20年 1月 1日 から

譲り渡しの期間

平成20年12月31日 まで

なお、本許可については、同法第59条の6の規定により、以下の条件を付する。

- ① 本許可に基づき他の麻薬小売業者に麻薬を譲り渡す場合には、麻薬処方せんの写し及び譲受人が作成した譲受確認書（別記様式1）の交付を受けた後又はこれと引換えに麻薬を交付し、同時に、自らが作成した譲渡確認書（別記様式2）を麻薬の譲受人に交付すること
- ② ①により交付を受けた麻薬処方せんの写し及び譲受確認書又は譲渡確認書は、交付を受けた日から2年間保存すること
- ③ 同時期に2以上の麻薬小売業者間譲渡許可を受けないこと（ただし、本許可書を返納した場合はこの限りではない。）

平成19年11月15日

関東信越厚生局長

印

別記第10号の2様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

| | | | | | |
|--|------------|-------------------|-----------------|-------|-----------|
| 譲渡人 | ① 麻薬業務所 | 免許証の番号 | 第 123 号 | 免許年月日 | 平成19年1月1日 |
| | | 所在地 | 東京都千代田区霞ヶ関1-2-3 | | |
| 譲渡先 | ② 麻薬業務所 | 名 称 | 厚労薬局霞ヶ関1丁目店 | | |
| | | 免許証の番号 | 申請中（第246号） | 免許年月日 | 年 月 日 |
| | 所在地 | 東京都千代田区霞ヶ関2-99-10 | | | |
| | 名 称 | 厚労薬局霞ヶ関2丁目店 | | | |
| 備 考 | | 平成20年1月1日付け許可の申請 | | | |
| 他の申請者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡したいので申請します。 | | | | | |
| 平成19年11月 1日 | | | | | |
| ①に係る申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社厚労薬局 代表取締役 丸野 角太郎   印 | | | | | |
| ②に係る申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社厚労薬局 代表取締役 丸野 角太郎   印 | | | | | |
| 関東信越厚生局長 殿 | | | | | |

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 麻薬業務所欄及び申請者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。

連絡担当者

厚生薬局霞ヶ関1丁目店
厚生花子
TEL 03-3512-
FAX 03-3512-xxxx

(別紙様式1)

| | | | | | | |
|---------|------------------------|------------------------|-----------------------------|-------|-----------|---|
| 譲渡人・譲渡先 | 免許証の番号 | | 第 987 号 | 免許年月日 | 平成19年1月1日 | |
| | 麻薬業務所 | 所在地 | 東京都港区虎ノ門1-50-100 | | | |
| | | 名称 | タイガードラッグ | | | |
| | 申請者 | 住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) | 東京都港区虎ノ門1-50-100 | | | |
| | | 氏名(法人にあっては、名称) | タイガードラッグ 代表 湊 實次郎 | | | 印 |
| | 免許証の番号 | | 第 975 号 | 免許年月日 | 平成19年1月1日 | |
| | 麻薬業務所 | 所在地 | 東京都千代田区内幸町2-100-50 | | | |
| | | 名称 | ハッピー薬舗 日比谷店 | | | |
| | 申請者 | 住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) | 東京都千代田区九段南15-30-45 | | | |
| | | 氏名(法人にあっては、名称) | ハッピー薬舗株式会社 代表 取締役社長 東 麻男 | | | 印 |
| 免許証の番号 | | 第 号 | 免許年月日 | 年 月 日 | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| 申請者 | 住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) | | | | | |
| | 氏名(法人にあっては、名称) | | | | 印 | |

(注意)

1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(別記様式1)

| 麻薬譲受確認書 | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----|-----|-----|--|
| 年 月 日 | | | | | |
| 麻薬を譲渡する 麻薬小売業者の 麻薬業務所 | 所 在 地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 麻薬を譲受する 麻薬小売業者の 麻薬業務所 | 所 在 地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 品 名 | 容 量 | 箇 数 | 数 量 | 備 考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。
- 3 在庫の不足のために麻薬を調剤することが出来なかった処方せんの写しを添付すること。

(別記様式2)

| 麻薬譲渡確認書 | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----|-----|-----|--|
| 年 月 日 | | | | | |
| 麻薬を譲渡する 麻薬小売業者の 麻薬業務所 | 所 在 地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 麻薬を譲受する 麻薬小売業者の 麻薬業務所 | 所 在 地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 品 名 | 容 量 | 箇 数 | 数 量 | 備 考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。